Il giudizio medico

Il testo è articolato in 4 parti, ovvero una prefazione (qui si esprime il punto di vista dell’autore) scritta da Ergolino e 3 parti scritte da Riguerre.

PREFAZIONE
Ricœur distingue tre livelli (cosa che viene vista come l’asse portante del suo contributo per la bioetica e per il biodiritto), che investono poi anche il giudizio del medico in quanto medico e conformano la condotta del professionista:

1. Etica= riflessione filosofica riguardante la morale (il desiderare e il tendere ad una vita sensata degna di un essere razionale e finito).
2. Morale= essa introduce il predicato “obbligatorio”, laddove nell’etica vi era quello di “buono”. La necessita di introdurre delle norme deriva dall’esigenza di porre un limite alla violenza che può nascere tra i rapporti umani.
3. Saggezza pratica= virtù del discernimento morale.

La necessità della norma nella convivenza umana deriva dall’esigenza di far fronte e di porre un’argine alla violenza che si insinua nei rapporti interumani. Ricoeur, in particolare, vuole recuperare l’esigenza di universalità della norma e per farlo invoca la regola d’oro <<non fare agli altri ciò che detesti sia fatto a te>>.

Il giudizio medico è prima prudenziale, poi deontologico, per poi diventare riflessivo. Si parte dal terzo livello, ovvero l'esercizio della saggezza pratica nella costituzione della relazione di cura, per poi passare per la deontologia medica, espressa nei codici e nelle regole della professione medica, per giungere al momento riflessivo.

Livello prudenziale della saggezza pratica
Nella trattazione di Ricoeur del giudizio medico è importante l'aspetto terapeutico o clinico della bioetica.
La scelta di privilegiare la dimensione terapeutica permette di mettere in evidenza il rapporto tra medico e paziente come peculiare relazione intersoggettiva linguisticamente mediata che si fonda sull'esperienza della sofferenza umana. La sofferenza, viene definita da Ricoeur, come l'estremo rifugio dell'individualità. Al medico il paziente si rivolge con la richiesta di essere liberato dal fardello della sofferenza è il medico dall'altro lato è colui che sa e che può aiutarlo e probabilmente guarirlo.
Per questo motivo tra medico e paziente si viene a creare un patto, ovvero un patto di cura fondato sulla fiducia. L'iniziale a simmetria del rapporto viene ridotta da una serie di passaggi: il paziente dà voce alla sofferenza nelle forme della lamentazione (componente descrittiva e narrativa), si sfocia nella domanda di guarigione, dove si innesta la promessa di comportarsi conformemente alle prescrizioni del medico. Dall'altro lato della relazione, il medico fa dei passi verso l'ammalato, accettandolo fra i suoi pazienti, formulando la diagnosi e prescrivendogli una terapia. Questo patto di cura viene visto come una sorta di alleanza stipulata da due persone contro un nemico comune, la malattia. Il patto implica una sorta di tacita promessa di entrambi i contraenti di adempiere ai rispettivi impegni. Se il patto fra due volontà corregge la iniziale a simmetria del rapporto medico-paziente, conferendo a quest'ultimo un carattere democratico, tale patto resta comunque connotato da un insopprimibile elemento di fragilità. In quanto la fiducia è sempre minacciata dal sospetto. Ricoeur, inventore della forma ermeneutica del sospetto, sa ben discernere le forme nelle quali il sospetto si insinua dal lato del paziente, di una impura mescolanza tra le diffidenze che ha per oggetto un presunto abuso di potere da parte di qualsiasi medico e il sospetto individualizzato circa le capacità del singolo medico di far fronte alle attese, ma anche dal lato del medico la fiducia minacciata, oltre i casi di negligenza di indifferenza, sia la tendenza delle scienze biomediche obiettare reificare il corpo umano e le contraddizioni che nascono nel sovrapporsi dell'aspetto pubblico e collettivo a quello individuale personale della salute. La consapevolezza

della fragilità viene vista da ricavar come la premessa di un agire adulto, che conosce la propria finitezza e quindi un invito all'assunzione responsabile della condizione umana. Il rapporto medico paziente non può fondarsi solo su un giudizio prudenziale, ma richiede la formulazione di una deontologia medica formulata in un sistema di norme.
Prima di passare a livello del giudizio deontologico, a livello prudenziale è possibile formulare dei precetti, detti principi di saggezza, che offrono un orientamento di fondo all'agire in campo medico:

- Il primo precetto è quello di riconoscere il carattere singolare della situazione di cura a partire dalla singolarità del paziente: sicura sempre un individuo in quanto tale insostituibile e non l'umanità in generale.
- Il secondo precetto sottolinea l'indivisibilità della persona: non si curano degli organi malati ma un essere umano assunto nella sua integralità nei suoi aspetti biologici, psicologici e sociali.
- Il terzo precetto aggiunge all'idea di insostituibilità ed indivisibilità del paziente quella di stima di sé: laddove la dipendenza è l'esposizione dell'infermo trattamenti che il negano la sua dignità ricrea quell'ineguaglianza tra malato e medico che il patto di cura tendeva a rimuovere, il rimedio consiste per l'autore nel recuperare il senso del patto (alleanza tra paziente e medico contro la malattia).

Livello deontologico
Il passaggio dal giudizio prudenziale giudizio deontologico è richiesto dalla necessità di universalizzazione della norma. Si tratta di passare da un rapporto fiduciario fra quel medico e quel paziente governato dalla saggezza pratica, a un sistema di norme che regolano i rapporti fra ogni medico ogni paziente, quindi dal patto di cura si passa un contratto.
L'universalità si manifesta anche nell'obbligo deontologico di prestare soccorso non solo i propri pazienti ma chiunque si trovi in una situazione di emergenza, in secondo luogo il giudizio deontologico ha una funzione di connessione tra le regole che costituiscono l'ordine medico in quanto corpo sociale e professionale e i doveri dei medici dei pazienti (riferimento al codice di antologico francese; l'autore sottolinea con compiacimento l'articolo del codice francese in cui si afferma che la medicina non è un commercio e il paziente non è una merce). Una terza inalienabile funzione del giudizio deontologico è la sua funzione critica, funzione che mantiene aperta la problematicità dell'agire.
I 3 pilastri della deontologia medica sono:

1. Informed consent (il paziente deve essere informato e associato come partner volontario alle sperimentazioni alle quali è sottoposto per motivi terapeutici).
2. Rispetto del segreto professionale
3. Diritto alla verità del paziente

Tema del conflitto
La bioetica incontra conflitti più seri su di una frontiera comune i suoi due rami: quello orientato alla terapia è quello rivolto alla ricerca. Entrambi hanno a che fare con il paradosso secondo cui la persona umana non è una cosa e tuttavia il suo corpo e parte della natura osservabile. Il corpo umano è l'insieme del corpo proprio, inteso come carne, è il corpo oggetto, inteso come oggetto di investigazioni da parte della scienza della tecnica. Altri conflitti nascono dal rapporto fra individuale e collettivo. L'autore enuncia altri due paradossi del contratto: la persona non è una merce, non è la medicina in commercio, ma la medicina dei costi anche di natura sociale. E ancora: la sofferenza è privata, ma la sanità pubblica.

Livello riflessivo
Esso è dovuto necessità di andare oltre il livello deontologico della norma verso il "non detto" dei codici. Qui entra in gioco l'idea stessa di salute il rapporto con le nostre convinzioni più profonde sulla vita e la morte. La conclusione di questa

riflessione ritorna sul tema della fragilità. Quest'ultima si manifesta fin dal patto di cura fra medico e paziente accompagna i tre precetti della saggezza pratica: l'insostituibilità delle persone, la loro indivisibilità, la stima di sé. È una fragilità che si ripropone a livello deontologico di fronte alla minaccia di considerare il corpo umano come un oggetto e le difficoltà di conciliare la dimensione personale e quella collettiva della salute. A livello del giudizio riflessivo emergono le modalità della fragilità più difficile da trattare, però possono essere risolti attraverso la conoscenza. A questo punto, sostiene Ricœur, solo la figura del "consenso per intersezione" (*overlapping consensus; nonostante abbiamo tutti opinioni diverse c'è sempre qualcosa che ci accomuna*) e insieme quella dei "disaccordi ragionevoli" (John Rawls) permettono di risolvere il dilemma morale.

PATTO DI FIDUCIA

Esso impegna paziente e medico ed è un patto di cura basato sulla fiducia. All'inizio vi è una notevole asimmetria che separa i due protagonisti: da un lato colui che sa fare, dall'altro colui che soffre. Il paziente porta il linguaggio e la sua sofferenza nella forma della mente, che comporta una componente descrittiva (sintomi) ed una narrativa (storie), a sua volta elemento si precisa in domanda (di guarigione, di salute, di immortalità) e domanda rivolta come un appello a quel medico, dove vi è la promessa di osservare il protocollo proposto dal trattamento medico. Il medico, invece, ammette il paziente alla sua clientela, gli fa una diagnosi ed una prescrizione. Sono queste le fasi tramite cui si supera l'asimmetria iniziale.
L'affidabilità dell'accordo deve essere ancora messo alla prova da una parte dall'altra, attraverso l'impegno del medico a seguire il suo paziente e da parte di quest'ultimo a comportarsi come un agente del trattamento medico. Il patto di cura diviene così un'alleanza tra due persone contro un nemico comune, la malattia. L'accordo deve il suo carattere morale ad una promessa tacita tra i due protagonisti, di rispettare fedelmente i rispettivi impegni. Questo accordo però si dimostra fragile a causa del sospetto, che accompagna tutte le fasi di instaurazione del contratto.
La fiducia, contrario del sospetto, è minacciata da un lato dal paziente in quanto egli diffide del medico e dal medico per i limiti imposti al suo impegno. Questa fragilità del patto di fiducia è una delle ragioni della transizione dal piano prudenziale quello deontologico del giudizio morale.
Il giudizio prudenziale genera dei precetti:

- precetto primo= riconoscimento del carattere singolare della situazione di cura e del paziente stesso (si fa sì che non sia la specie ad essere curata ma ogni esemplare unico del genere umano).
- secondo precetto sottolinea l'indivisibilità della persona (ci si preoccupa solo della sua integrità e non di singoli organi).
- terzo precetto che riguarda la stima che si ha di sé e afferma più che rispetto dovuto all'altro si mira ad equilibrare il carattere unilaterale del rispetto con il riconoscimento del rispetto per se stessi.

CONTRATTO MEDICO

Per passare dal livello prudenziale quello deontologico del giudizio bisogna universalizzare i precetti, ottenendo così delle norme di carattere universale che assumono la forma di un'interdizione (es: non rompere il segreto medico). Il carattere deontologico del giudizio che sta a fondamento della pratica medica è confermato dall'obbligo di portare soccorso non solo i pazienti ma ogni persona malata o ferita incontrata in una situazione di emergenza. La seconda funzione del giudizio deontologico è di connessione, infatti la norma deve essere collegata a tutte le altre norme che governano il corpo medico all'interno di un corpo politico dato. Una terza funzione del giudizio deontologico è di arbitrare i conflitti che possono originarsi sia dalle tensioni tra luogo della ricerca e luogo della clinica sia dalla questione del benessere personale del paziente.

L'arbitraggio dei conflitti ha sempre costituito la parte critica di ogni deontologia i conflitti nascono su due fronti, dove l'orientamento umanista della pratica medica si trova sempre più minacciato.
Il primo fronte è quello dell'**etica medica orientata verso la clinica** incontra l'**etica medica orientata verso la ricerca**. Queste due branche costituiscono la bioetica, che implica una dimensione legale, fortemente sottolineata dal mondo anglosassone dove si parla di biolaw.
Ricoeur ha ben chiari tutti i nodi irrisolti del dibattito bioetico, soprattutto quando si deve intervenire sul corpo umano che è <<insieme, carne di un essere personale e oggetto di un'investigazione osservabile (informed consent) nella natura>>, oppure quando si valutano nozioni come *persona, salute, vita e morte*. Di qui l'esigenza di codificare un terzo livello del giudizio che è quello riflessivo giacché <<la bioetica ha a che fare con giudizi di tipo riflessivo applicati al tentativo di legittimazione dei giudizi prudenziali e deontologici di primo e secondo grado>>.

"NON DETTO" DEI CODICI
Il giudizio riflessivo, sostiene Ricoeur, mostra il *non-detto* di ogni impresa di codificazione, nel senso che la deontologia si innesta su un'antropologia filosofica <<la quale non potrebbe sfuggire al pluralismo di convinzioni in una società democratica>>.
Il giudizio riflessivo, oltre a mettere in gioco la nozione stessa di salute sia essa privata o pubblica in relazione alle nostre più profonde convinzioni sulla vita e sulla morte, sulla nascita e la sofferenza, delinea l'idea ricoeuriana dell'identità fragile come la caratteristica più profonda del nostro esser-ci. Tale fragilità è assai difficile da esplorare: quale rapporto fra desiderio di salute e desiderio della vita buona? Come integriamo la sofferenza e l'accettazione della morte con l'idea che ci facciamo della felicità? Questioni cruciali che non si possono eludere né attestarsi in semplici soluzioni procedurali.

Alla fine del suo studio, preceduto da un'ampia introduzione di Domenico Jervolino che del maestro francese è stato amico e discepolo, Ricoeur sembra condividere la soluzione di Rawls che ha auspicato 'il consenso per intersezione', ossia per 'ragionevoli disaccordi', come la strada più agevole per far fronte all'eterogeneità delle teorie morali.

Bioetica

- Van Potter (1970)= È una scienza di materia biologica che doveva coniugare il sapere biologico e il sistema di valori umani in modo tale da evitare che l'uomo con la progressiva evoluzione della scienza, diventasse "un cancro per la natura". Riassumendo viene vita come un ponte tra biologia ed etica che fosse in grado di fornire un futuro all'uomo.
- Hallenges= egli ne fece una disciplina vera e propria (lo diventerà nel momento in cui venne accettata dalla commissione di Warnock del governo britannico). Secondo lui la bioetica si focalizzava molto di più sui problemi medici concreti, come i diritti e i doveri dei pazienti e dei medici ecc..

Riassumendo possiamo dire che la bioetica è lo studio sistematico della condotta umana del campo della scienza della vita e della salute (rottura con modello ippocratico=> medicina esclusivamente ad uso terapeutico) ed inoltre essa ha un carattere interdisciplinare con gli altri saperi, quali la filosofia, la giurisprudenza ecc…

Le innovazioni ed i casi che essenzialmente hanno apportato all'avvento di essa sono stati:

4. La sperimentazione sui soggetti umani
5. La nuova definizione di morte su base cerebrale

6. l’interruzione volontaria della gravidanza
7. Il caso di Karen Ann Quinlan= ragazza che a causa di abuso di droghe e alcol cadde e finì ad essere attaccata al respiratore per sopravvivere. I genitori non potendo più vedere la figlia così chiesero se si potesse staccare, ma i medici ed il tribunale si opposero mentre la corte suprema decise che questo trattamento poteva essere sospeso e la ragazza continuò a respirare autonomamente=> rivalutazione delle norme come quella di sospendere i trattamenti di sostegno vitale e concedere al medico la possibilità di poter aiutare i pazienti a porre fine alle loro vite
8. Prima bambine fecondata in vitro

Per quanto riguarda l’Italia, le tematiche bioetiche iniziarono a manifestarsi per la prima volta nel momento in cui si iniziò a parlare di aborto (legge del ’78). Da qui nacquero due correnti:

- bioetica cattolica= si basava sul concetto della sacralità della vita (la vita viene vista come un dono di Dio).
- bioetica laica= si basava sul concetto di qualità della vita come valore dell’esistenza umana. Quindi l’individuo stesso deve essere libero di poter sciogliere in situazioni particolarmente difficili secondo anche le sue credenze (bioetica laica=> areligiosità=> escludere le premesse religiose che pretendono di valere per tutti).

Etica teologica

Secondo essa, il giudizio morale deve essere formulato sempre a partire dalle conseguenze delle azioni. Il consequenzialismo, ad esempio, è un tipo di etica teologica che definisce le azioni giuste o sbagliate in base ale conseguenze che causano. Una forma di consequenzialismo è l’egoismo etico, che si basa solo sulle conseguenze che riguardano l’agente (chi compie l’azione), quindi una cosa è giusta se porta delle conseguenze positive a chi compie l’azione.

Utilitarismo

Forma più diffusa di consequenzialismo e si basa sul fatto che le conseguenze per essere considerate positive, lo devono essere per tutti e non solo per chi agisce (forma di consequenzialismo universale).
Ad esso vennero apportate diverse critiche, tra cui ad esempio che è molto difficile conoscere tutte le conseguenze a lungo termine delle azioni, poi il fatto che basandosi esso sul benessere può portare diseguaglianze, in quanto c’è chi riceverà più benessere e chi meno ecc..
Proprio per questi motivi si è passati con il parlare di utilitarismo delle regole, secondo cui anziché valutare singolarmente le conseguenze di un’azione, conviene prima sviluppare delle regole. In questo modo le azioni si valuteranno tenendo conto di esse.

Perfezionismo

Altra etica teologica diffusa, secondo la quale le azioni giuste vanno considerate tali se esprimono un certo ideale. Quindi dovremmo considerare non tanto cosa renderebbe un posto migliore, ma che tipo di agente morale vogliamo essere.

Etica deontologica

Secondo questa invece, il giudizio morale deve essere stabilito a prescindere da qualsiasi conseguenza.
Nel caso della forma di etica deontologica di Kant, si utilizzano due imperativi, ovvero quello ipotetico e quello categorico. Essi sono dei principi oggettivi (validi per ogni

essere ed all’interno hanno tutti un dovere) che si contrappongono a quelli soggettivi (massima).
Gli imperativi ipotetici sono prescrizioni pratiche relative a situazioni particolari, mentre quelli categorici sono leggi pratiche slegate da situazioni particolari. Nello specifico questi vanno a testare se la massima (azione che stiamo per compiere) sia morale, ovvero nel momento in cui tutti compiamo la stessa azione essa diventa un’azione universale.

Doveri prima facie
Nell’ambito dell’etica deontologica il fatto di considerare le azioni giuste o ingiuste non può dipendere dalle conseguenze delle azioni stesse, ma se le azioni vengono attuate nel rispetto di tali principi, ritenuti imprescindibili. Alla base di quest’etica deontologica ci sono dei principi che corrispondono a dei doveri per i quali noi siamo obbligati a compiere determinate azioni tenendo conto di essi, questi principi si definiscono prima facie. Nella concezione di Ross le considerazioni espresse da un dovere *prima facie* sono delle intuizioni razionali, che non hanno bisogno di una spiegazione.
Ciascun dovere di prima facie tende a rendere un atto giusto, ma non necessariamente obbliga a compierlo; quindi, noi sappiamo che l’atto è giusto, ma non siamo costretti a compierlo, è diverso dall’utilitarismo che ci obbliga ad effettuare quella determinata azione. Quindi ogni atto presenta delle caratteristiche, e alcune tendono a renderlo giusto, altre sbagliate. Per capire qual è il dovere di prima facie occorre una ponderazione comparativa; quindi, la riflessione è quella che ci induce a comprendere se la nostra intuizione si fonda su qualcosa che sia ragionevole; quindi, ponderare comparativamente le diverse caratteristiche dell’azione, stabilendo quale abbia maggior peso.
Ross elenca come doveri prima facie: fedeltà, riparazione, giustizia, gratitudine e miglioramento di sé e non maleficenza.
Esempio: cure palliative, la somministrazione di determinati farmaci, potrebbe anticipare la morte del paziente; quindi, ottenere una conseguenza che non sembra giusta, però se noi pensiamo che l'azione di per sé è giusta perché è doveroso curare il malato anche se la patologia è inguaribile, comprendiamo che stiamo definendo quello che è un dovere prima facie.

Principi dell’etica biomedica

9. Principio di autonomia: sancisce il rispetto della libertà dell’altro, delle decisioni del paziente e del consenso libero e informato, per evitare che il malato diventi un oggetto.
10. Principio di beneficienza: stabilisce l’obbligo di compiere il bene terapeutico del paziente.
11. Principio di non maleficienza: (precetto ippocratico) stabilisce che non si possano nuocere in alcun modo i pazienti.
12. Principio di giustizia: equa ripartizione dei benefici e del oneri, per evitare discriminazioni e ingiustizie nelle politiche e negli interventi sanitari.
13. Principio del permesso: è stato formulato per tutelare i membri della comunità morale da eventuali atti di forza.

Sperimentazione
Fase necessaria, anche per la biomedicina, per comprendere quali terapie offrire ai pazienti; tuttavia, ci sono state storicamente delle questioni urgenti da affrontare dal punto di vista etico, in quanto si era avvisata la necessità di porre dei limiti etici, dato

che non si può sperimentare sempre su tutto e a qualsiasi costo; quindi, in nome della ricerca non si possono sacrificare le persone.
La sperimentazione è argomentata in diverse fasi:

- ***Fase preclinica*:** può coinvolgere anche gli animali e questo talvolta porta anche a delle discussioni.
- ***Fasi cliniche*:** sono 3 fasi che coinvolgono dei soggetti; nei casi in cui la sperimentazione sia terapeutica (i soggetti hanno subito un beneficio) o soltanto ai fini della ricerca (i soggetti si sottopongono alla sperimentazione per testare l'efficacia di un farmaco), è necessario il *consenso informato*, per sottolineare ai pazienti i rischi previsti, soprattutto nel secondo caso, nel quale quest'ultimi possono essere raddoppiati. Di conseguenza a questo, è ammesso il principio della ***revocabilità*** del consenso informato, anche senza motivazione.
- ***Fase della farmacovigilanza/postclinica*:** riguarda gli eventuali effetti emessi a lungo termine; spesso erroneamente si ritiene che quando viene ritirato dal commercio un farmaco, questo sia dato da un errore precedente, ma non sempre è così; infatti, può succedere che spesso determinati effetti collaterali, inimmaginabili nel corso della fase clinica, si possano presentare dopo un lungo periodo su tutta la popolazione che lo assume. Non esiste un farmaco che non deve essere farmaco-vigilato; è ammissibile, sia dal punto di vista etico che giuridico, che lo stesso farmaco, dopo un periodo di monitoraggio, ovvero dopo la farmacovigilanza, venga ritirato.

Sperimentazione animale
Avviene solitamente negli studi preclinici, ovvero momento in cui si va a valutare la tossicità di sostanze in sperimentazione o quando dobbiamo verificare il loro potenziale terapeutico. Essa ha posto moltissimo problemi etici.
Secondo Peter Singer, la sperimentazione preclinica su animali può essere giustificata sono per determinate condizioni:

- sia strettamente necessaria per conseguire obbiettivi medici di elevata importanza
- sia direttamente produttrice di beni rilevanti
- si minimizzi il numero degli animali utilizzati

Inoltre lui ritiene che se ricordano queste condizioni, si dovrebbe essere disposti a eseguire la ricerca anche su soggetti dotati di capacità mentali simili a quelle degli animali, come feti, neonati e individui affetti da demenza. Quindi in sostanza la sperimentazione risulta sempre moralmente sbagliata.

Allocazione delle risorse sanitarie
Consiste nello stabilire priorità tra gli obiettivi terapeutici in contesto di scarse risorse. Ad oggi le possibilità di cura stanno sempre più aumentando di conseguenza anche i costi, mentre le risorse economiche invece rimangono stabili ed inoltre vi sono misure sanitarie insufficienti a coprire i bisogni sanitari.
Non locazione di risorse sanitarie, si distinguono problemi macroallocativi e microallocativi.
I primi consistono nello stabilire una priorità tra diversi scopi sanitari o all'interno di medesimi scopi, mentre gli altri servono a definire i criteri per scegliere quali pazienti trattare prima, quali dopo i quali lasciare privi di trattamento. Il criterio più semplice per operare la distribuzione di un qualunque bene consiste nel garantire a tutti la medesima probabilità di ricevere il trattamento (perfetta eguaglianza). Però sembra più ragionevole un criterio di tipo clinico basato sull'effettivo bisogno medico e sull'urgenza di tale bisogno. Tuttavia questo tipo di criterio non consente di risolvere ogni tipo di problema, può darsi infatti che il paziente che abbia maggiormente bisogno sia quello meno in grado di beneficiare del trattamento e viceversa. Nei casi in cui neanche il criterio del bisogno medico consente di definire priorità in contesti in cui vi sono due più pazienti per i quali, il trattamento indicato

ma le risorse disponibili consentono di trattarne solo uno, allora in questi casi bisogna affidarsi al caso oppure considerare fattori quali l'anzianità del paziente, la responsabilità individuale per la malattia eccetera.

Potenziamento delle capacità umane
Anche detto enhancement,, consiste nel potenziamento delle prestazioni o delle capacità umane e si contrappone al concetti di terapia. Quest'ultima è l'insieme delle misure mediche, farmacologiche, chirurgiche e tecnologiche atte a ripristinare lo stato di salute, mentre il potenziamento è l'insieme di quegli interventi che cercano di migliorare determinate capacità e funzioni.
Questa distinzione però controversa, infatti per poter dire che qualcosa costituisce un potenziamento e non una terapia bisogna prima arrivare ad una definizione univoca di cosa sia non salute e malattia.
Una critica che viene fatto il potenziamento se è quella secondo cui lo scopo della medicina non si dovrebbe estendere al miglioramento delle capacità umane.
Alcuni vedono il potenziamento come il voler fare la parte di Dio (Playing God), ma si potrebbe comunque replicare affermando che nonostante sia doveroso un invito alla prudenza e la considerazione delle conseguenze, resta il fatto che era in parte degli interventi tecnici e scientifici già esistenti comportano l'alterazione dei dati naturali, ma non per questo sono ingiustificati, soprattutto se si hanno poi dei benefici.

Tecnologie usate per il potenziamento
Sono molteplici ambiti nei quali si possono sviluppare nuovi trattamenti col fine di potenziare delle capacità: aumento delle capacità di resistere agli attacchi degli agenti infettivi (vaccini), aumento della vita (lotta alle malattie correlate alla vecchiaia), potenziamento delle capacità cognitive (attraverso stimolazione cerebrale profonda o stimolazione transcranica corrente o stimolazione magnetica trans cranica), miglioramento delle capacità psicologiche per fronteggiare problemi, disagi sofferenze della vita, potenziamento morale (per migliorare le nostre capacità morali tramite lo sviluppo di empatia e di senso della giustizia) e potenziamento delle performance atletica e della chirurgia estetica. Come tecnologie sono particolarmente sviluppate la manipolazione genetica, che però viene vista più come una cura delle malattie genetiche come una tecnica di potenziamento, l'uso delle cellule staminali che hanno la capacità di dar vita a linee cellulari di vario genere di proliferare in maniera considerevole così da sostituire o riparare dei tessuti deteriorati ed infine la tecnologia più ordinaria diffusa è l'intervento farmacologico.
Si capisce che alcune terapie, rese possibili dalle innovazioni che mirano al potenziamento non solo terapeutico, non sono gratuitamente accessibili e quindi la conseguenza sociale comporta una diseguaglianza tra chi può accedere facilmente e chi non può. Quindi si andrebbero a creare dei soggetti veramente potenziati e dei soggetti che avrebbero una marcia in meno. Questo, paradossalmente per fortuna, oggi è un po' limitato perché si insiste molto sui rischi a lungo termine che possono essere determinati da questo potenziamento.
n.b: La scienza, che deve andare avanti, ha comunque un limite che non deve superare, perché altrimenti si perderebbe il senso della nostra vita, cioè l'humanitas, dato che non bisogna inseguire la perfezione.

Preoccupazioni sociali sul potenziamento
Una delle preoccupazioni sociali sulla sicurezza degli interventi di potenziamento, infatti essi presentano dei rischi significativi, cosa che sono presenti anche nelle terapie ma in questo caso bisogna far fronte a dei rischi per curare una malattia, nel caso dei potenziamenti così rischi non non sarebbero giustificabili. Una diversa preoccupazione sui potenziamenti si basa sul fatto che essi eliminano il processo di autonoma costruzione delle capacità individuali, riducendo così il merito e individuare il valore del risultato (potenziamento nei contesti quali il lavoro, lo sport

eccetera). Inoltre il pericolo della scelta del potenziamento, al giorno d'oggi può essere anche dovuto ad un desiderio di conformarsi ad un ideale di accettabilità sociale imposto dalla società.

Rapporto tra allocazione delle risorse sanitarie e potenziamento
Se si presta attenzione a tutti gli individui, bisogna rendersi conto che casualmente ognuno di essi potrebbe essere depotenziato in partenza per varie ragioni, che possono essere dovute al reddito, alla società, alla cultura, ma anche legate alla natura; infatti, avere una disabilità non consente di avere le stesse opportunità di un’altra persona che non la presenta. Lo Stato, in questo caso, basandosi sul *comma 2 dell’articolo 3* della Costituzione, che tratta l’eguaglianza sostanziale, ha il dovere di rimuovere gli ostacoli; questo viene anche concretamente reso visibile dalla *legge 104*, che cerca di applicare il principio della rimozione degli ostacoli trattato nella Costituzione; un principio di questa legge è l’abbattimento delle barriere architettoniche; in sintesi, questa legge non ha alla base il concetto di favorire qualcuno, ma colmare un gap laddove esiste.

Dal punto di vista filosofico, è colmabile e condivisibile, per una società democratica, come il nostro Stato, il pensiero di **John Rawls**, il quale mescola liberalismo e socialdemocrazia. Sostanzialmente egli ipotizza una situazione al fine di dare un modello di società perfetta o che comunque possa andare verso la perfezione (utopia di Platone).
Quando furono mosse delle critiche alla teoria del filosofo statunitense, molti si schierarono anche a suo favore, dicendo che si parla soltanto di un modello ideale al quale bisogna tendere.
Rawls dice che affinché una società possa definirsi giusta, vi deve essere il principio di equità alla base dell’allocazione delle risorse sanitarie; infatti, nessuno deve essere escluso dall’accesso alle cure, dato che ogni persona ne ha diritto.
Quindi, affinché queste risorse possano essere accessibili a tutti, bisogna ridistribuire le ricchezze; ponendo sotto un velo di ignoranza coloro che vengono dallo stato brado della società, in modo che quest’ultimi non sappiano quale sia il loro destino e le loro opportunità. Infatti, non si ha la colpa di nascere ricco o povero; inoltre, chi è ricco, secondo questa teoria dovrebbe aiutare i poveri a migliorare la loro condizione, ma non tutti sono d’accordo ad aiutare gente che per migliorare la propria condizione non ha fatto nulla, infatti, molti sono più propensi ad aiutare gente che sia svantaggiata, dando così una mano anche alla società, visto che se si lascia indietro lo svantaggiato, a perdere sarà sempre colui che ha il privilegio.
La gente più povera in questi casi riesce a ottenere piccoli aiuti che gli permettano anche di ricevere dei farmaci. In sintesi, colui che ha di più dovrebbe togliere una parte delle proprie ricchezze per poter aiutare i meno fortunati, permettendo anche a loro di ricevere il diritto alle cure.

Consenso informato
Esso è caratterizzato dall’informazione, dalla comprensione e dalla volontarietà. Ai soggetti che vengono arruolati in ricerche sperimentali devono essere indicati i rischi, i benefici e le possibili alternative, inoltre è importante dare al soggetto la possibilità di porre domande in ogni momento dello studio.
Bisogna poi assicurarsi che le informazioni date siano state comprese dai soggetti, mentre nel momento in cui si ha a che fare con soggetti che hanno ridotte capacità di comprensione, bisogna dare loro comunque la possibilità di scegliere se aderire o meno, anche se lo studio potrebbe essere la loro unica possibilità di sopravvivenza. Infine bisogna assicurarsi che i pazienti non abbiano aderito allo studio perché costretti (coercizione) ed inoltre bisogna riconoscere al paziente il diritto di ritirarsi in qualsiasi momento.

Argomentazioni in favore del dovere di partecipare alla ricerca
Secondo alcuni, partecipare alla ricerca clinica costituisce un dovere, in quanto tutti i cittadini beneficiano dei trattamenti medici resi possibili dalla sperimentazione, proprio grazie a qualcuno che prima di loro ha corso dei rischi.
In termini consequenzialisti, si sostiene che i benefici attesi a fronte di rischi minimi, siano tali da giustificare l'imposizione di un dovere all'individuo.
Dal punto di vista deontologico invece, imporre un dovere di partecipare sembra imporre il dovere di aiutare a realizzare un profitto, quindi bisogna lasciare spazio alla libera scelta e farsi che la partecipazione alla ricerca rimanga nell'ambito di un comportamento virtuoso e lodevole (cosa che da risultati migliori).

Aborto volontario
L'etica medica è sempre stata contro l'aborto volontario e per spiegarne il motivo si utilizza un sillogismo:
Tutti gli esseri umani innocenti hanno il diritto alla vita, il feto è un essere umano innocente, perciò il feto ha diritto alla vita.
La seconda premessa viene difesa da un argomento di tipo biologico, ovvero si può dire che nell'embrione nel feto sono in grado di compiere operazioni corrispondenti alla natura razionale, ma è anche vero che hanno la potenzialità attiva di compiere tali atti. Alla luce di ciò si può dire che l'embrione sia un individuo umano dotato di potenzialità personali e possiede quindi il diritto alla vita. L'aborto risulta così essere una sorta di omicidio precoce o di attentato contro la vita umana innocente.

Collegamento tra diritti e desideri
Secondo altre correnti di pensiero, l'attribuzione dei diritti e posta nel momento in cui il soggetto li desideri. Ciò porta all'insorgenza di una problematica, ovvero i stati di coscienza alterati, un soggetto potrebbe non desiderare qualcosa a cui invece ha diritto. Per questo motivo vengono aggiunte tre condizioni contro fattuali.
A ha diritto a X se desidera X, oppure se attualmente non lo desidera malo desidererebbe se:
14. Non fosse in uno stato di squilibrio emotivo
15. Non fosse temporaneamente privo di coscienza
16. Non avesse un forte condizionamento sociale che ne determina i desideri.

L'embrione, non è in grado di desiderare di continuare a esistere, quindi in sostanza il diritto alla vita e proprio soltanto di chi ha il concetto di sé come soggetto di una vita cosciente, ovvero è dotato di autocoscienza.

PSM=> esempio gattini e feti

Posizione femminista sull'aborto
In una società patriarcale caratterizzata dal dominio degli uomini sulle donne, l'interruzione volontaria di gravidanza rappresenta uno strumento in azione ciò richiederebbe inoltre il trasferimento le donne nel pieno controllo sulla sessualità e sulla procreazione. L'analisi femminista sembra quindi presupporre che il feto non abbia diritti o che l'eventuale diritto del feto sia meno importante dell'obiettivo di eguaglianza tra i sessi.
Il secondo argomento femminista afferma il carattere relazionale del concetto di persona, ovvero ciò che rende le persone di particolare valore e il fatto di essere inserito in una comunità di relazioni. In base a questa tesi i feti non possiedono il valore indipendente proprio delle persone, ma solo il valore che le loro madri attribuiscono alla relazione con loro (la vita del feto a valore fatto che la donna decida di riconoscerglielo).
Il diritto alla vita degli altri è importante, ma non può giustificare la loro pretesa di utilizzare il corpo delle donne per sopravvivere, e almeno deve essere necessario che

la persona dia il suo consenso. Quindi il diritto della madre alla gestione del proprio corpo prevale sul diritto alla vita del feto.
Ciò non deve avvenire, oltre che in caso di violenza sessuale, quando in pericolo la vita della madre e nei casi di fallimento contraccettivo. Però, proprio quest'ultima opzione ha fatto nascere diverse obiezioni, tra cui il fatto che la donna volontariamente ha avuto dei rapporti sessuali e sapeva che poteva esservi la possibilità di rimanere incinta, ciò rende la donna responsabile del fatto che il feto abbia bisogno del suo corpo e ciò conferisce al feto il diritto di usarlo.

Posizione utilitarista sull'aborto
Richard Hare, utilitarista (come tale vede tutto in base alla conseguenza delle cose), sostiene che un bambino che deve venire al mondo dovesse avere una vita sufficientemente felice, questo aumenterebbe il saldo di felicità dell'umanità e quindi bisognerebbe impedire l'aborto nel caso di bambini che avrebbero una vita sufficientemente felice. Però gli si pone un'obiezione, in quanto si potrebbe arrivare alla "conclusione ripugnante", che prevede che se noi dovessimo impedire l'aborto di tutti quei bambini che avrebbero una vita sufficientemente felice, il numero della popolazione si incrementerebbe progressivamente che farebbe abbassare la qualità di vita che farebbe diminuire il benessere di tutti gli individui nel mondo e quindi si andrebbe in contro all'effetto opposto rispetto a quello considerato da Hare.
Inoltre viene fatta una distinzione tra aborti precoci e aborti tardivi. I primi distruggono l'individuo privo di consapevolezza e possono quindi essere assimilati alla contraccettazione, mentre i secondi pongono fine alla vita di un individuo che, almeno a partire dal sesto mese, possiede una certa consapevolezza e perciò andrebbero assimilati all'infanticidio. Conclude quindi che la contraccettazione è preferibile all'aborto, l'aborto precoce è preferibile all'infanticidio e quello tardivo può essere giustificato solo in casi eccezionali.

Legge 194 del 1978
La legge italiana, concepisce l'aborto come un problema sociale e non come un diritto alla libertà. L'obiettivo di questa legge favorire una maternità responsabile, il rapporto la quale l'aborto rappresento male da evitare per quanto possibile.
L'interruzione volontaria di gravidanza è depenalizzata quando il diritto alla vita del feto in conflitto con la salute fisica e psichica della madre (diritto alla salute) ed inoltre l'intervento, se avviene, è a carico del servizio sanitario nazionale.

- nel primo trimestre il ricorso a ciò è giustificato qualora la gravidanza o il parto comportassero un serio pericolo per la salute fisica o psichica della madre.la donna che vuole abortire deve farsi rilasciare una certificazione da un consultorio pubblico e se non vi è urgenza la donna viene invitato a riflettere per altri sette giorni, dopodiché può presentarsi presso ospedali pubblici o case di cura autorizzate per ottenere l'intervento.
- dopo 90 giorni, l'aborto è lecito solo se o la gravidanza o il parto comportano un grave pericolo per la vita della donna.
- nei casi in cui il feto sia capace di vivere autonomamente, l'intervento è giustificato solo se sussiste un grave pericolo per la vita della donna e il medico deve adottare ogni misura per salvaguardare la vita del feto.

N.b: questa legge tutela anche le minorenni, ma per l'accesso a questo trattamento bisogna che ci sia il consenso firmato dei genitori, nel momento in cui esso manca si va ricorso ad un giudice tutelare.

Aborto farmacologico
Esso è previsto dalla stessa legge 194, in quanto bisogna rispettare integrata fisica e psichica della donna ed effettuare quindi le operazioni meno rischiose quando è possibile. Però la stessa pillola abortiva non è priva di disagi o dolori e proprio per questo motivo secondo alcuni chi assume questo tipo di farmaco poi dovrebbe stare

ricoverato in ospedale. Però non potendo obbligare nessuno a ciò, il medico deve spiegare alla paziente tutti gli aspetti positivi e negativi delle tecniche possibili.

Obiezione di coscienza
La legge italiana consente al personale sanitario di sollevare obiezione di coscienza all'aborto, ciò però non esonera dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento, dall'intervento stesso nel caso di improvviso pericolo di vita della donna. In passato ciò è stato largamente accettato ma alcuni ora ritengono che questa garanzia debba essere rimosso per due ragioni:

- è risaputo che i medici pratichino l'interruzione volontaria di gravidanza e quindi chi inizia la professione sa benissimo che dovrà intraprendere anche questa tipologia di intervento. Ciò può essere discutibile in quanto sembra vincolare l'accesso alla professione ginecologica e quindi questo può costituire una violazione del diritto di scegliere non solo i valori per cui vivere, ma anche la professione di esercitare.
- il consistente aumento delle obiezione di coscienza è dettato da ragioni di opportunità e non di coscienza e quindi si invoca una più rigorosa applicazione del principio in modo tale che venga tutelato il diritto all'aborto, ma nei confini in cui l'esercizio dell'uno debba essere definito il riferimento alla possibilità di esercizio dell’altro.

Fecondazione in vitro
La fecondazione in vitro con trasferimento di embrione è la principale tecnica di procreazione medicalmente assistita. Essa prevede il prelievo di gameti maschili e femminili, la loro unione in provetta è passato un periodo di circa cinque giorni, tutto questo si trasferisce nell'utero della donna.nel corso degli anni, visti i bassi livelli di attecchimento in utero ottenuti si è diffusa la tendenza ad effettuare trasferimenti multipli di embrioni, o a ricorrere al congelamento degli embrioni ottenuti in vitro o a procedere con successivi tentativi in caso di fallimento del primo trasferimento. La IVF ha consentito di avere figli anche a coppie non sterili ma portatrici di anomalie cromosomiche in grado di determinare gravi patologie nella progenie. Altre tecniche di aiuto alla procreazione sono: l'iniezione intracitoplasmatica dello sperma e l'inseminazione artificiale. Tutte queste tecniche possono essere attuate o in regime omologo (usando i gameti della coppia che decide di avere un figlio) o in regime eterologo (facendo ricorso a un donatore di liquidò seminale o una donatrice di ovociti). Tutto ciò ha consentito a donne sole, vedove e coppie di donne omosessuali di poter procreare attraverso queste tecniche, mentre la donazione di ovociti ha consentito la procreazione pure a donne in menopausa.

Maternità surrogata
Consiste nell'accordo mediante il quale una donna si impegna a portare avanti una gravidanza per conto di una coppia i cui membri saranno poi i genitori del bambino. Nel caso di una coppia omosessuale maschile si può far ricorso alla donazione dell'uscita e a liquidò seminale di uno dei due membri. L'accordo di surrogazione può basarsi sull'altruismo e la solidarietà oppure per una base di tipo commerciale ed in quest'ultimo si richiede solitamente l'intervento di agenzia di intermediazione che mettono in contatto i contraenti generalmente senza che questi si incontrano mai.

Legge 40 del 2004
Secondo quanto affermato dalla legge 40, possono accedere alla PMA le sole coppie sterili o infertili con componenti maggiorenni, di sesso diverso e coniugati o conviventi in età potenzialmente fertile. In particolare, ricordiamo che lo stato di infertilità o sterilità della coppia deve essere certificato dal medico.

A queste condizioni, si è aggiunta una sentenza della Corte Costituzionale del 2015, che ha consentito l'accesso alla Procreazione assistita per le coppie fertili con malattie genetiche trasmissibili.
La sentenza della Corte Costituzionale ha quindi reso possibile l'accesso alla PMA anche a coppie fertili con malattie genetiche trasmissibili, che fino a quel momento potevano percorrere solo la strada dell'aborto terapeutico, possibilità prevista dalla legge 194/78 (è una legge che tende a riconoscere i diritti della donna, ma lo Stato non può però preservare i diritti della donna a discapito di quelli dell'embrione, cioè fa di questo una problematica sociale).
Le tecniche di PMA sono, ancora vietate ai single e alle coppie omosessuali, ed è tuttora illecita la fecondazione post mortem con spermatozoi di un marito o compagno deceduto.
Secondo la versione originaria della Legge 40, in ogni ciclo di fecondazione era possibile produrre al massimo tre embrioni, da impiantare contemporaneamente nel corpo della aspirante mamma e conseguentemente era vietata la crioconservazione. Dal momento che non sappiamo con esattezza quanti embrioni si formeranno dalla fecondazione, gli operatori erano costretti ad usare al massimo tre ovuli. In questo modo gli svantaggi erano principalmente due:

- Una limitata resa dei singoli cicli di fecondazione (nelle donne oltre i 35 anni, nei casi di grave fattore maschile, nelle pazienti con scarsa riserva ovarica);
- Un elevato rischio di gravidanze gemellari, che hanno una maggior percentuale di complicanze.

Tutela dell'embrione umano
Una posizione molto netta è stata assunta dal magistero cattolico, che affermato che l'embrione sia una persona ed in quanto tale si debbano riconoscere appieno i diritti della persona (primo tra tutti quello la vita). Secondo quest'ottica si dovrebbero condannare tutte le tecnologie riproduttive che comportano la distribuzione degli embrioni, come ad esempio la sperimentazione su di essi. L'obiezione più importante fatta a questa teoria è che nei primi stadi di vita embrionale, le cellule sono Totti potenti ovvero in questo stadio e le cellule embrionali possono anche dividersi per dar luogo a due diversi individui e quindi non si può dire che l'embrione in tale momento sia un individuo pieno titolo solo perché possiede un genoma individuale. Quest'obiezione può giustificare la conclusione secondo cui l'embrione andrebbe tutelato pienamente solo a partire da due settimane dopo la fecondazione, quando viene meno la totipotenza delle cellule si completa l'attecchimento in utero. Prima di questo momento alcuni, ritengono che gli embrioni debbano essere sottratti a sperimentazione tutti e tutelati, mentre altri pensano che potrebbero essere utilizzati gli embrioni soprannumerari per scopi legati alla potenzialità delle cellule staminali embrionali

Critiche femministe alla PMA
Alcune femministe hanno accusato alcune forme di PMA di svalorizzare delle donne, tecniche troppo rischiose e talvolta di provocare un vero e proprio sfruttamento enfatizzando così il ruolo che secondo la società patriarcale ha la donna, ovvero quello riproduttivo.
Altre femministe invece la pensano al contrario, anzi affermano che queste tecniche sembrino riequilibrare i ruoli di uomini e donne nella società (in particolare l'ectogenesi che può liberare la donna dal peso della gravidanza) ed inoltre le PMA possono rappresentare per le donne delle opportunità di tipo economico molto rilevanti.

Diverse posizioni

- La dottrina libertaria utilitarista mette sullo stesso piano il concepimento naturale e l'uso di tecnologie riproduttive e in base a questo principio di autodeterminazione, che è cardine della dottrina libertaria e l'utilitarismo, che è il

principio cardine della dottrina utilitarista (che come dottrina teleologica riconosce del fine l'utile), si considera una grande opportunità l'accesso alle tecnologie riproduttive a prescindere dall'esigenza terapeutica. Quindi se si prescinde dalla rivelazione delle condizioni fisiche del singolo della coppia, la fecondazione assistita può divenire un'alternativa equivalente al concepimento naturale. Secondo questa visione la scelta dipenderebbe da fattori non oggettivi ma soggettivi, con riferimento a soggetti adulti.

- La ***bioetica personalistica*** ritiene che la legittimazione dell'accesso alle tecnologie riproduttive vada regolamentato sulla base dell'*individuazione delle cause della sterilità* in primis e della non possibilità di superarle in altro modo con tecniche meno invasive. Quindi si ritiene che l'ammissione ad un progetto di fecondazione assistita debba essere subordinata all'accertamento dell'impossibilità di rimuovere in altra maniera le cause impeditive della procreazione e laddove altri metodi terapeutici siano risultati inefficaci. La possibilità di accedere o meno alle tecnologie riproduttive, in questo caso, si configura con il criterio della terapeuticità, cioè un criterio deontologico che assume rilevanza anche sul piano etico e giuridico. E' eticamente giustificabile e giuridicamente lecito ciò che è determinato in seguito all'attenta valutazione del criterio di terapeuticità. Quindi il medico è colui che deve curare il paziente nel contesto di un'alleanza terapeutica: deve scegliere trattamenti al fine di garantire il bene complessivo del paziente, non deve soddisfare il principio di autodeterminazione del paziente che può scaturire anche da scelte egocentriche o condizionate. Lo scopo per garantire la cura del paziente deve essere quello di ridurre il più possibile l'accesso alle tecnologie.
- La ***posizione intermedia*** invece ritiene *accessibili le tecnologie anche per chi non è sterile o infertile*, ma si trova in condizioni che obiettivamente non consentono il concepimento naturale, tra le quali persone che sono affette da malattie sessualmente trasmissibili o malattie genetiche trasmissibili. A causa della loro patologia, i sostenitori della dottrina personalista dicono che questo non significherebbe perseguire il bene, perché si sa già che il nascituro avrebbe una

Consenso informato in questo campo

Esso fa si che possa essere messo in risalto il principio di autodeterminazione (a differenza del passato in un il medico, parer familias, imponeva la cura al malato), in quanto il medico deve informare adeguatamente (affinché possano essere comprese quali siano le alternative e conseguenze), chiaramente (senza dare la possibilità di dare spazio agli errori) ed in maniera esaustiva (senza omissioni) il proprio paziente affinché esso possa fare la scelta più giusta per lui.
La questione inoltre non può essere risolta in breve tempo (devono esserci più incontri) e bisogna spiegare il grado di invasività della tecnologia (principio di non maleficienza), i rischi a cui incorrono madre e nascituro e i costi delle procedure. Secondo la dottrina libertaria, con il consenso si stipula un contratto fisico di rilevanza anche legale, cosa che difende sia il medico sia il paziente, mentre la dottrina personalista crede che il consenso informato venga svolto attraverso il dialogo tra medico e la coppia. Anche riguardo questa tematica ci sono due correnti di pensiero.

- Le ***prospettive libertarie utilitariste*** tendono ad interpretare il consenso informato in senso autonomistico, facendo coincidere l'espressione del consenso ad una manifestazione individuale, personale del paziente che il medico deve accogliere in maniera acritica, quindi a prescindere dalla visione deontologica. Il consenso diviene un vero contratto sottoscritto che ha una sua rilevanza formale, ma anche legale di autorizzare determinate procedure su una base di una scelta esclusivamente personale. Così inteso, il consenso informato tende ad inserirsi nel contesto della "*medicina difensiva*" da parte di entrambi, in quanto riduce il medico a esecutore della volontà insindacabile altrui e quindi in difesa del paziente, ma anche in difesa del medico perché egli si deve limitare a verificare la praticabilità tecnica di un programma e a non intervenire in senso etico.

- La ***prospettiva personalista*** invece ritiene doveroso che il consenso informato si realizzi nel contesto di un dialogo tra il medico e la coppia, che consenta mediante un reciproco affidamento di alleanza terapeutica, di comprendere adeguatamente anche le intimazioni etiche oltre che giuridiche della scelta dell'uso di tecnologie produttive. Quindi in questo senso l'espressione del desiderio, che è comunque legittima, non deve vincolare il medico all'esecuzione. Il medico è chiamato a tenere in considerazione le scelte dei pazienti che a lui si rivolgono, ma anche di valutarne la congruità rispetto ad una valutazione deontologica ed etica, verificando il senso di responsabilità della scelta.

Anche se entrambe le dottrine sostengono l'importanza del consenso informato, dal punto di vista interpretativo e applicativo ci sono delle differenze sostanziali.
Quest'ultimo punto porta a riflettere *sull'obiezione di coscienza* del medico nei riguardi della procreazione assistita. Il medico può rifiutarsi di eseguire le richieste della coppia che chiede l'accesso alla procreazione assistita per ragioni scientifiche o morali. L'obiezione riguarda il rifiuto per ragioni medico sanitarie, ragioni riconducibili ad una inappropriatezza o sproporzione del trattamento, cioè di uno sbilanciamento tra benefici attesi e rischi.
Tale aspetto fa specificamente riferimento alle modalità con cui il medico è chiamato a fornire le proprie prestazioni. L'obiezione di coscienza *sul piano morale* rimanda al problema della separazione, dell'atto procreativo nella coppia e alla manipolazione degli embrioni dal momento che i medici sono chiamati a decidere il numero di embrioni da produrre e impiantare anche a seguito dell'esame diagnostico pre-impianto.
Al medico è assegnato il compito di valutare il pregiudizio per la salute della donna prevedibile al momento della fecondazione che può legittimare la posticipazione del trasferimento in utero degli embrioni, nonché la crioconservazione. Dunque, si possono configurare motivazioni di diversa natura che inducono il medico a sollevare obiezioni di coscienza.

Eutanasia

La maggior parte dei codici di deontologia medica respingono, ad oggi, l'uccisione pietosa, meglio definita come eutanasia.

Principio del doppio effetto (posizione utilitarista)
È lecito compiere un atto che possa avere o una conseguenza buona ho una cattiva a patto che esso rispetti quattro condizioni, ovvero che l'atto sia buono in sé, l'intenzione di chi compie l'atto sia positiva, l'effetto buono sia causalmente indipendente da quello cattivo e che esiste una proporzione tra il bene e ricercato il male tollerato (esempio utilizzo di analgesici per ridurre il dolore).
Secondo gli utilitaristi, la teoria della sacralità della vita consiste nell'attribuire un valore decisivo a distinzioni moralmente irrilevanti, come uccidere e non impedire la morte di qualcuno (esempio del cuginetto di 6 anni e dell'eredità).

Critica contro la posizione tradizionale
Se si vuole giustificare la sospensione di trattamenti, occorre anche accettare che quando la continuazione della vita rappresenta un costo eccessivo, oppure la qualità della vita non è più buona, l'eutanasia può risultare una valida alternativa. In particolare chi difende la posizione tradizionalista, egli non è impegnato nel sostenere una differenza assoluta tra uccidere e lasciar morire, ma gli è sufficiente dimostrare che vi sono casi in cui salvare la vita può non essere doveroso.

Tipi di eutanasia
17. Volontaria= richiesta da parte del paziente competente ed informato

18. Non volontaria= praticata su un paziente che non è più o non è mai stato in grado di decidere per se stesso
19. Involontaria= praticata da un paziente che potrebbe esprimere il suo parere, ma non viene consultato o viene ucciso pur avendo espresso il suo dissenso

Posizione liberalista
Secondo il liberalismo, l'atto di uccidersi non produce danni per gli altri e pertanto non può essere considerato qualcosa di negativo, al contrario è una cosa positiva che ciascuno venga riconosciuto il diritto di porre fine alla propria vita in conformità a ciò che crede. Potremmo inoltre dire che il diritto di rinunciare alla vita dovrebbe considerarsi parte integrante del diritto stesso la vita. Possiamo quindi definire l'eutanasia come un qualcosa di doveroso nel momento in cui si raggiunge la convinzione per cui sia meglio morire che continuare a vivere soffrendo.

Vita biologica= essere vivi
Via biografica= avere progetti, speranze, relazioni ed in generale tutto ciò che costituisce l’esistenza umana

Principio di indisponibilità della vita
Secondo tale principio, ogni forma di suicidio condannabile ed inclusa l’eutanasia. Per sostenere tale principio corre innanzitutto essere all'interno della concezione teologica che presuppone l'esistenza di Dio ed in particolare la concezione secondo cui la vita non è una nostra proprietà e come tale non possiamo decidere quando toglierla, in quanto tale diritto spetta a Dio.

Pendio scivoloso
Nel momento in cui venisse accettata l’eutanasia si rischierebbe poi di essere costretti, per progressiva acquiescenza psicologica, ad accettare anche altri tipi di uccisione. Si parla di pendio scivoloso, proprio perché mosso il primo passo su una scala, diventerebbe pressoché impossibile evitare di scivolare fino in fondo.

Caso Fabio Antoniani
Il suicidio medicalmente assistito si distingue dall'eutanasia, in quanto essa è un'azione cooperativa in cui, attraverso il consenso informato del paziente, il medico gli fornisce mezzi per porre fine alla sua vita e quindi in questo modo la responsabilità cade interamente sul paziente.
In molti paesi del mondo, il suicidio medicalmente assistita è una prassi legale, ma non in Italia dov'è considerato un reato (articolo 580 del codice penale). Tuttavia grazie al caso di dj Fabo, la corte costituzionale ha dichiarato non punibile la persona che aveva accettato di accompagnare in automobile l'uomo, sostenendo che l'articolo 580 del codice penale non si può applicare in casi in cui si presta aiuto a un proposito di suicidio precedentemente firmato da parte di una persona che presenta quattro caratteristiche: essa è tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale (respiratore e sondino per alimentazione), affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, ed è pienamente in grado di prendere decisioni libere e consapevoli.

DAT
Documento mediante il quale il soggetto competente informato dichiara le proprie volontà circa i trattamenti sanitari, da attuare nel momento in cui egli non sarà più in grado di prestare o negare il proprio consenso alle terapie. Esse comprendono in genere due dichiarazioni, una dove si specificano le terapie a cui si vuole o non si vuole essere sottoposti (living will) e l'altro consiste nel conferimento di un potere stabile di procura ad un fiduciario, che sarà incaricato di prendere decisioni sostitutive in ordine tutto quanto non previsto dal precedente documento.

Obiezioni contro esse
Una prima critica avanzata contro le date e che nella maggior parte dei casi questi documenti forniscono indicazioni poco chiare. Questo perché nella maggior parte dei casi questi documenti vengono compilati in assenza di malattia e quindi con una cognizione del tutto ipotetica delle condizioni in cui dovranno trovare applicazione. Inoltre le disposizioni anticipate di trattamento in questo caso non realizzano realmente la volontà del paziente, in quanto la loro messa in pratica dipenderà sempre dall'interpretazione di un medico (quasi mai allo stesso che aiutato il paziente a scrivere le disposizioni). Una seconda critica è quella secondo cui le that sarebbero in affidabili, in quanto le persone cambiano la loro percezione delle condizioni di malattia quando vi si trovano coinvolti, quindi si può naturalmente aggiungere che pazienti conservano la facoltà di modificare le loro disposizione in qualsiasi momento, adeguando le proprie volontà ai cambiamenti indotti dagli eventi e dalla loro soggettiva esperienza di malattia (cosa che succede molto spesso nell'ambito di malattie neuro vegetative, dove il soggetto malato è una persona totalmente nuova rispetto a colui che aveva precedentemente scritto le disposizioni. Quindi ora vanno tutelati gli interessi attuali che dovrebbero avere la precedenza rispetto a quelli precedenti). Un'altra critica rivolta alle date che si sarebbero uno strumento in positivo nei confronti del medico, il quale viene richiesto di conformarsi un documento che può anche non aver mai discusso con il paziente (medico= mero esecutore).

Legge 219 del 2017
Essa riconosce la centralità della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico e tra chiunque altro è coinvolto nella vicenda che possono essere gli operatori sanitari, i genitori ecc..
Questa legge reca le norme in materia di consenso informato (il medico ha il dovere di dare le informazioni al paziente e il paziente ha il diritto di sapere ogni singolo particolare delle sue malattie e cosa può accettare e cosa no) e disposizioni anticipate di trattamento.
Nel caso dell’etica personalista, il medico è tenuto ad accettare passivamente la volontà del malato, ma secondo questa dottrina il medico dovrebbe avere il diritto di astenersi all’effettuare dei trattamenti al paziente se è contrario. In particolare egli può richiamare il suo codice deontologico e astenersi all’attuare ciò che il paziente vuole.

Pianificazione condivisa delle cure
Documento di particolare interesse, che viene condiviso sia dal medico che dal paziente (sceglie di aderire ad un percorso terapeutico nonostante sia a conoscenza che la malattia progredirà sempre di più=> prognosi infausta).
Esso è particolarmente significativo e riguarda i pazienti malati di patologie degenerative inguaribili (differenza tra inguaribile ed incurabile: ci sono malattie inguaribili ma ciò non significa che esse non possano essere curate).
Quindi questi malati vengono coinvolti dai medici ad esprimere delle preferenze ed è importante il dialogo alla base di questa pianificazione (il medico deve ben prospettare le possibilità terapeutiche e deve definire insieme al paziente i percorsi migliori sia dal punto di vista oggettivo e soggettivo/del paziente).
Si tratta quindi di documenti che si allontanano dal concetto di astrattezza, perchè si sviluppano a partire da un caso concreto (a differenza delle DAT), ovvero dalla malattia che coinvolge un soggetto in particolare e il medico che lo sta curando. La pianificazione condivisa nasce da un’alleanza terapeutica tra paziente e medico, ma è un’alleanza che non si delinea in un momento preciso e conclusivo, bensì è un processo dinamico ed in quanto tale si sviluppa e si evolve nel tempo (è scandito sia dai tempi della malattia che dai tempi di cura del malato e non della malattia, che

non viene sconfitta in questi casi ma la sofferenza che essa procura deve essere arginata dalle cure che il medico offre condividendole con il paziente).
Man mano che la malattia fa il suo corso, il paziente può cambiare richiesta e quindi questo continuo monitoraggio del paziente e della percezione soggettiva del dolore è importante nell’alleanza terapeutica (il medico deve suggerire cosa è meglio, in quanto è lo stesso medico che deve applicare le cure).

La differenza sostanziale con le DAT è che queste ultime prevedono, per una questione cronologica, due medici (nel momento in cui è assente la patologia e poi quando si presenta la patologia ed un altro medico dovrà interpretare le disposizioni del paziente tenendo conto sia della patologia del paziente sia di ciò che si può fare secondo la legge), mentre questo nuovo documento si costruisce durante il corso della malattia con un solo medico.

Cure palliative
Indicano l’approccio di care ed hanno per obbiettivo il controllo della sofferenza, di migliorare la qualità della vita del paziente e di dare sollievo alle famiglie. Esse dovrebbero essere un **diritto del malato** e sono dovute anche nel contesto dell’eventuale di sospensione dell’accanimento clinico (la sospensione di ciò non significa abbandoni terapeutico ma attivazione di cure palliative di accompagnamento).
Quindi le cure palliative sono **cure applicabili in situazioni estreme** ma con grande saggezza e quindi nella piena assunzione della responsabilità umana e professionale (medicina non come pratica tecnica ma come pratica umana),
Con esse emergono dei problemi a causa della **sedazione profonda continua** (pazienti in stato di morte imminente), indica l’uso dei farmaci, che porta alla continua riduzione della coscienza del paziente fino all’annullamento di quest’ultima. L’obbiettivo di questa è alleviare una sofferenza e dei dolori che sono diventati refrettari (sia in senso fisico ma anche e solo psichico) ed intollerabili.
Noi possiamo distinguere la sedazione profonda dall’eutanasia (nel caso della dottrina liberale, favorevoli all’eutanasia volontaria, la sedazione profonda continua viene considerata come una sorta di escamotage=> legalizzazione di “un’**eutanasia lenitiva**”. Nel caso della dottrina personalistica, si insiste sulla distinzione tra questi due concetti, in quanto l’**eutanasia** utilizza **farmaci** con lo **scopo** di causare la **morte** anticipatamente mentre la **sedazione profonda** non può essere applicata come un trattamento che abbrevia la vita, ma anzi il **sollievo dai sintomi** ne provoca l’**allungamento**).

Morte
In base alle diverse dottrine di pensiero, la morte viene concepita in maniere differenti.secondo quella cristiana ad esempio, che corrisponde con la riflessione tradizionale, la morte consiste nella separazione dell'anima dal corpo E si riteneva che questa separazione avvenisse con la cessazione permanente delle funzioni del battito cardiaco e del respiro. A causa però di tutte le innovazioni in campo medico, questi valori ora possono essere falsati ed è per questo motivo che si vuole cercare di dare una nuova definizione alla morte.

MTC
Tesi secondo cui la morte coincide con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.
Però questa definizione scientifica di morte, sembrava fosse conveniente nell'ambito del trapianto di organi, in quanto in questo modo si sarebbe garantita la preservazione degli altri organi, che implica la salvezza di altre vite. Per questo motivo venne esclusa questa definizione di morte e venne adottata quella massimale secondo cui il momento dell'arresto cardiaco (e quindi anche quella del respiro)

coincide con la morte e a seguito di ciò si poteva procedere alla prenotazione degli organi (donazione cuore non battente).
Chi però sosteneva la prima teoria, diceva inoltre che il paziente in stato MCT va comunque incontro all’arresto cardiocircolatorio dopo pochi giorni, ma questa cosa venne smentita, in quanto si è visto che persone in queste condizioni potessero sopravvivere anche per interi anni.

Dead donor rule= regola secondo cui la donazione degli organi Them essere una conseguenza e non la causa di morte del donatore.

MC
Elaborato un'altra teoria ovvero la tesi di morte neocorticale, che rappresenta un instabile compromesso tra la tesi secondo cui la morte è la perdita irreversibile della coscienza è quella per cui è la perdita irreversibile dell'integrità somatica. L'ideatore di questa tesi infatti sosteneva che la sopravvivenza biologica dell'organismo non è equivale alla sopravvivenza della persona. Tra le critiche poste a questa teoria del fatto che anche il talamo del tronco sono implicati nella coscienza che seguendo questi criteri si ritengono morti ad esempio anche le persone in stato vegetativo nonostante essi possono respirare in maniera autonoma.

Stato vegetativo e stato di minima coscienza
Il primo consiste in una condizione distinta dalla morte cerebrale, ma questi pazienti respirano spontaneamente, mantengono funzioni omeostatiche, possiedono un regolare ciclo sonno-veglia, ma non sono consapevoli né di loro stessi nell'ambiente che li circonda. Per stato di minima coscienza invece si intendono tutti quei pazienti dove sono state osservate delle risposte di tipo motorio discontinue e parziali.